

高齢者予防接種実施依頼書 交付申請書

申請日：令和 年 月 日

被 接 種 者	住 所	〒 ー 練馬区		
	氏 名			
	生 年 月 日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 年 月 日		
	電 話 番 号	(日中の連絡先)		
申 請 者	住 所	※申請者が被接種者以外の場合に記入 〒 ー		
	氏 名		続 柄	
	電 話 番 号	(日中の連絡先)		
申 請 理 由		1 施設入所中 2 入院中 3 その他 ()		
接 種 を 希 望 す る ワ ク チ ン の 種 類 (ワクチン毎の 対象年齢)		1 インフルエンザ (65歳以上の方・所定の障害1級で60～64歳の方) 2 新型コロナウイルス (65歳以上の方・所定の障害1級で60～64歳の方) 3 高齢者用肺炎球菌 (65歳の方・所定の障害1級で60～64歳の方) 4 帯状疱疹 (今年度中に65歳・70歳・75歳・80歳・85歳・90歳・95歳・100歳に到達する方・所定の障害1級で60～64歳の方)		
接 種 医 療 機 関	名 称			
	住 所	〒 ー ※当欄記入の市区町村の予防接種担当部署に、費用や手続方法についてご確認ください。 練馬区では接種費用の払戻し(償還払い)を行っていません。		
施 入 所 ・ 入 院 中 の 医 療 機 関 等	名 称			
	住 所	〒 ー		
	電 話 番 号			
依 頼 書	依 頼 先	1 自治体長 2 接種医療機関長 3 施設内医療機関長		
	送 付 先	【各住所欄参照】1 被接種者 2 申請者 3 入所施設・入院医療機関 【この欄に記入】4 自治体 5 その他 () 〒 ー 4の部署名 (部 課 係)		

接種予定日の2週間前までに、郵送、ファクスまたは持参でご提出ください。

<職員処理欄>

係長	係員

<提出先>

〒176-8501 東京都練馬区豊玉北6丁目12番1号
練馬区保健所 保健予防課 予防接種係 宛
電話：03-5984-2484 (直通) ファクス：03-3993-6553